

# Inscripción o Cambio al Plan de Salud

## Para los Planes de Salud de los Estudiantes del Estado de Nueva York



### Instrucciones para Rellenar esta Solicitud

Complete todas las secciones de este formulario de solicitud y envíe todas las páginas a MVP Health Care® por correo a: **MVP HEALTH CARE, PO BOX 2207, SCHENECTADY NY 12301-2207.**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario de Solicitud, llame al **1-800-TALK-MVP** (1-800-825-5687) o visite **mvphhealthcare.com**.

**Motivo de la Solicitud** (seleccione uno):  Inscripción  Cambio  Terminación

### Sección 1: Información de la Escuela (A completar por la Escuela)

Nombre de la <b>Escuela</b>	Nº de Grupo	Fecha de Entrada en Vigor	Aprobado por
-----------------------------	-------------	---------------------------	--------------

### Sección 2: Información del Solicitante (Incluya el Nombre del Solicitante en cada página de esta Solicitud) (\*Información requerida)

Nombre de <b>Solicitante*</b> (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	<input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No Binario	<input type="checkbox"/> No Binario		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Nº de Afiliado de MVP (si ya es Afiliado MVP)	Nº de Identificación de Estudiante	Nº de Teléfono Residencial	Nº de Teléfono Móvil
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Condado	Correo Electrónico		

¿Le gustaría a usted (solicitante) ser agregado al Registro de Donate Life del Estado de Nueva York?\*

También puede inscribirse directamente utilizando el enlace de inscripción ([donatelife.ny.gov/register](https://donatelife.ny.gov/register))

Sí  Omitir esta pregunta

El Registro Donate Life del estado de Nueva York es una base de datos de personas que se han inscrito para donar órganos, ojos o tejidos después de su fallecimiento. Esta base de datos es confidencial. Si ha optado por donar al obtener/renovar un permiso de conducir del Estado de Nueva York o al registrarse para votar en el Estado de Nueva York, su nombre ya figura en la base de datos del Registro.

### Sección 3: Información de Inscripción/Cambio/Terminación

#### Inscripción(es) o Cambio(s) (marque todo los que apliquen)

- Solicitante Nuevo (complete todas las Secciones)
- Cambio de Nombre (nuevo nombre introducido arriba, complete Sección 4)
- Cambio de Dirección (nuevo dirección introducido arriba, complete Sección 4)

Fecha de Entrada en Vigor Solicitada de Inscripción o Cambio(s)

Motivo(s) del Cambio(s) (explique)

Evento de Calificación

Otro

#### Terminación(es)

Terminar del Plan (complete las Secciones 3 y 6)

Fecha de Entrada en Vigor Solicitud de Terminación

Motivo de Terminación

- Se Mudó del Área de Servicio
- Optar por Otra Cobertura
- Ya No está Matriculado en la Escuela
- Otro

Nombre de Escuela

Nº de Grupo

Nombre de Solicitante

**Sección 4: Autorización****Se requiere su firma para inscripción, cambio, y terminaciones..**

Por la presente solicito la membresía en MVP Health Care (“MVP”) y doy mi consentimiento para la divulgación, el uso, y la comunicación de cualquier información médica sobre mí y sobre cualquier miembro de mi familia, para quienes puedo dar mi consentimiento:

- Mediante mi proveedor de atención primaria, cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (“NYSDOH”) a MVP y a cualquier proveedor de atención médica involucrado en mi cuidado o el de mi familia, según sea razonablemente necesario para MVP o mis proveedores de atención médica llevar a cabo funciones de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, u otras funciones permitidas por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones y reglas vigentes. Esto puede incluir información sobre farmacia y otros reclamos médicos necesarios para ayudar a administrar mi atención;
- Mediante MVP y cualquier proveedor de atención médica vinculado a NYSDOH y a otros organismos federales, estatales y locales autorizados con el propósito de administrar los programas de salud en la medida permitida por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones, y reglas vigentes; y
- Mediante MVP a mis proveedores u otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para MVP o mis proveedores llevar a cabo operaciones de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, o en la medida permitida por, y de acuerdo con, las leyes, regulaciones, y reglas vigentes.

En cualquier momento, puedo revocar el permiso dado para divulgar información. Sólo tengo que llamar al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al número de teléfono que aparece en el reverso de mi tarjeta de identificación de Afiliado de MVP.

A menos que esté prohibido por la ley, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas respecto de mi plan de salud MVP Health Plan en la dirección de correo electrónico que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a recibir documentos en papel y que puedo establecer y cambiar mis preferencias de comunicación en cualquier momento iniciando sesión en mi cuenta de afiliado en línea de MVP en **my.mvphealthcare.com** y seleccionando *Communication Preferences* (Preferencias de Comunicación).

- Al marcar esta casilla, doy fe de que he leído y acepto los detalles en la Divulgación de las Comunicaciones Electrónicas (Electronic Communications Disclosure) de MVP que está disponible en **mvphealthcare.com/notice-privacy-practices-compliance** o llamando a MVP al **1-800-TALK-MVP** (1-800-825-5687).

Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material relacionado comete un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito y también será sujeto a una sanción civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor establecido de la reclamación para cada violación.

He leído y estoy de acuerdo con esta autorización, y certifico que las declaraciones realizadas son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Firma del Solicitante

Fecha de Firma